







# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

**ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ** **Αρ. Φύλλου 480**

21 Απριλίου 2003


## ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ. ΔΙΑΔΠ/Ε/7216

Συμπλήρωση της ΔΙΑΔΠ/Α1/13310 ΚΥΑ όπως δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 906/Β'/17.7.2002.

**ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ - ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του τελευταίου εδαφίου της παραγράφου 1 του άρθρου 31 του Ν. 3013/2002 «Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 102/Α΄/1.5.2002.

2. Τις διατάξεις του άρθρου 8 του Ν. 1599/86 «Σχέσεις Κράτους - Πολίτη, καθιέρωση νέου τύπου δελτίου ταυτότητας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 75/Α/11.6.1986.

3. Τις διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 3 του Ν. 2690/99 «Κύρωση του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 45/Α/9.3.1999.

4. Τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν. 2081/1992 «Περιορισμός και βελτίωση της αποτελεσματικότητας των κρατικών δαπανών και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 154/Α/1992) με το οποίο προστέθηκε άρθρο 29 Α στο Ν. 1558/85 (ΦΕΚ 137/Α/1985), όπως τελικά αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 του Ν. 2469/1997 (ΦΕΚ 39/Α/1997).

5. Την αρ. ΔΙΔΚ/Φ1/2/22875/31.10.2001 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εσωτ. Δημ. Διοίκησης και Αποκέντρωσης για την ανάθεση αρμοδιοτήτων.

6. Την αρ. ΔΙΑΔΠ/Α1/13310 ΚΥΑ (ΦΕΚ 906/Β'/17.7.2002) «Καθορισμός διοικητικών διαδικασιών και των αντίστοιχων εντύπων τους που διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.)».

7. Την ανάγκη συμπλήρωσης της ως άνω ΚΥΑ μ τέσσερα (4) έντυπα τα οποία εκ παραδρομής δεν είχαν περιληφθεί

8. Την ανάγκη βελτίωσης της εξυπηρέτησης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον πολίτη.

9. Το γεγονός ότι από την έκδοση της απόφασης αυτής δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

Συμπληρώνεται η με αρ. ΔΙΑΔΠ/Α1/13310 ΚΥΑ (ΦΕΚ 906/Β'/17.7.2002) ΚΥΑ με τα έντυπα που αντιστοιχούν στις ακόλουθες διαδικασίες:

1. Χορήγηση Οικονομικής Ενίσχυσης Τυφλότητας.

2. Χορήγηση επιδόματος από το πρόγραμμα Οικονομικής Ενίσχυσης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ) με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω.

3. Χορήγηση οικονομικής ενίσχυσης σε κωφούς.

4. Οικονομική ενίσχυση σε πάσχοντες από συγγενή αιμολυτική αναιμία ή αιμορραγική διάθεση ή AIDS.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 10 Απριλίου 2003

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ
**ΣΤΑΥΡΟΣ ΜΠΕΝΟΣ**

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
**ΚΩΣΤΑΣ ΣΤΕΦΑΝΗΣ**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

# Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

**Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Οικονομικής Ενίσχυσης Τυφλότητας»**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **ΠΡΟΣ:** | * | **ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** |
| | | *Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία* | |

***Δ/νση Πρόνοιας της οικείας Ν.Α**

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ο – Η Όνομα: | | | Επώνυμο: | | | | |
| Όνομα Πατέρα: | | | Επώνυμο Πατέρα: | | | | |
| Όνομα Μητέρας: | | | Επώνυμο Μητέρας: | | | | |
| Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας: | | | Α.Φ.Μ: | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης(1): | | | Τόπος Γέννησης: | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | | Οδός: | | Αριθ: | | ΤΚ: | |
| Τηλ: | | Fax: | | E – mail: | | | |
| **Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης** | | | | **Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας** | | | |
| | | | | | | | |

**ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)** : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ΟΝΟΜΑ: | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | | | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: | | | | ΑΔΤ: | |
| ΟΔΟΣ: | | ΑΡΙΘ: | | Τ.Κ: | |
| Τηλ: | | Fax: | | E – mail: | |

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
## ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

| ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ: | ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ | ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ | ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[(3)] |
|---|---|---|---|
| 1. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86* | | | |
| 2. Επικυρωμένη φωτοτυπία του βιβλιαρίου υγείας | □ | □ | |
| 3. Συμπληρωμένο το ειδικό έντυπο που χορηγείται από την υπηρεσία, από οφθαλμίατρο Διευθυντή Κλινικής ή Επιμελητή Α' Κρατικού Νοσοκομείου, θεωρημένο για το γνήσιο της υπογραφής του από το Διευθυντή του Νοσοκομείου | □ | □ | |
| 4. Φωτοτυπίες ταυτοτήτων επικυρωμένες του ίδιου και του υπεύθυνου είσπραξης. | □ | □ | |
| 5. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης | □ | □ | □ |
| 6. Υπεύθυνη Δήλωση του υπεύθυνου είσπραξης (εφόσον επιθυμεί να εισπράττει άλλος το επίδομα) | | | |
| **Δικαιολογητικά για ειδικές περιπτώσεις δικαιούχων** | | | |
| 7. Βεβαίωση του εργοδότη τους ότι εργάζονται και είναι ασφαλισμένοι στον ανάλογο ασφαλιστικό οργανισμό. Οι ΑΥΤΟΤΕΛΩΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ οποιοδήποτε δικαιολογητικό από το οποίο προκύπτει ότι είναι ασφαλισμένοι στον ανάλογο ασφαλιστικό φορέα (για εργαζόμενους τυφλούς) | □ | □ | □ |
| 8. Απόκομμα σύνταξης (εάν έχουν συνταξιοδοτηθεί) | □ | □ | |
| 9. Επικυρωμένο αντίγραφο του πτυχίου τους (για πτυχιούχους Ανωτάτων και Ανώτερων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων της ημεδαπής ή αλλοδαπής) | □ | □ | □ |
| 10. Πιστοποιητικό εγγραφής στο δικηγορικό σύλλογο του οικείου Πρωτοδικείου ή υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν. 1599/86 (για δικηγόρους) | | | |
| 11. Βεβαίωση εγγραφής στη σχολή φοίτησης (για φοιτητές μέχρι 25 ετών) | □ | □ | □ |
| 12. Βεβαίωση από τον ασφαλιστικό τους οργανισμό ότι καλύπτονται απ' αυτόν μόνο για υγειονομική περίθαλψη και οποιαδήποτε άλλο στοιχείο από το οποίο ν' αποδεικνύεται ότι έπαψαν να εργάζονται (άνεργοι τυφλοί άμεσα ασφαλισμένοι που απολύθηκαν από την υπηρεσία τους) | □ | □ | □ |
| 13. Βεβαίωση του ασφαλιστικού οργανισμού ότι δεν παίρνουν οι ίδιοι απ' αυτόν σύνταξη (για τους έμμεσα ασφαλισμένους) | □ | □ | □ |

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**

* Στο κείμενο της Υπεύθυνης Δήλωσης περιέχονται τα ακόλουθα: **α)** Η μόνιμη κατοικία, **β)** Ότι ο τυφλός δεν παίρνει λόγω τυφλότητας άλλη οικονομική ενίσχυση από το Δημόσιο Ταμείο ή από οποιαδήποτε άλλη πηγή, της ημεδαπής ή της αλλοδαπής και εάν παίρνει να αναγράφεται το ποσό και για ποιο λόγο την παίρνει, **γ)** Η οικονομική ενίσχυση θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για τις ανάγκες του τυφλού, **δ)** Ότι θα ειδοποιήσει αμέσως την Υπηρεσία σε περίπτωση μετάβασης του τυφλού στο εξωτερικό αλλαγής τόπου κατοικίας, θανάτου του τυφλού (το δηλώνει μόνο ο αντιπρόσωπος).

Επιπλέον σε περίπτωση που ο δικαιούχος ανήκει σε κάποια ειδική κατηγορία συμπληρώνει στο κείμενο της ΥΔ τα ακόλουθα: **ε) οι μη εργαζόμενοι φοιτητές** ότι δεν εργάζονται, **στ) Οι γονείς ή κηδεμόνες τυφλών παιδιών μέχρι 18 χρόνων που δεν φοιτούν στο σχολείο ή δεν φιλοξενούνται στο οικοτροφείο του Κ.Ε.Α.Τ. ή του Ιδρύματος «ΗΛΙΟΣ» Θεσσαλονίκης** το σχολείο που φοιτούν τα παιδιά τους ή ότι δεν φοιτούν, **ζ) οι άνεργοι ανασφάλιστοι μέχρι 65 ετών** ότι είναι ανασφάλιστοι άνεργοι

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

| Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας: |
|---|
| ☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:........................................ <br> ☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας <br> ☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.................................... <br> ☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας <br> ☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:.................................... |

**ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ:**

1. Τυφλός είναι εκείνος ο οποίος στερείται παντελώς της αντιλήψεως του φωτός ή του οποίου η οπτική οξύτητα είναι μικρότερη του ενός εικοστού (1/20) της φυσιολογικής τοιαύτης, και των οποίων η οπτική οξύτητα δεν βελτιώνεται με διόρθωση και η θεραπεία τους δεν είναι δυνατή με χειρουργική επέμβαση.
2. Οι επαναπατριζόμενοι ομογενείς, έστω και αν έχουν στερηθεί την Ελληνική ιθαγένεια, εφόσον έχουν τις προϋποθέσεις του Ν. 958/79.
3. Οι υπήκοοι των κρατών που περιλαμβάνονται στην κυρωμένη με το Ν.Δ. 4017/59 (ΦΕΚ 246/59 τ.Α.) Ευρωπαϊκή Σύμβαση και οι Κύπριοι υπήκοοι Ελληνικής καταγωγής που κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα, εφόσον έχουν τις προϋποθέσεις του Ν. 958/79.
4. Οι κρινόμενοι ως ανίκανοι, λόγω απώλειας της αισθήσεως του φωτός, για επιδότηση των παιδιών τους κατά τις διατάξεις του Ν. 4051/61 και του Β.Δ/τος 669/61, εφόσον συγκεντρώνουν τους όρους και τις προϋποθέσεις που προβλέπονται στις διατάξεις του Ν. 958/79.

**ΧΡΟΝΟΣ** : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν**

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

-----------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

------------------------------------------------------------------------------------------------
------------------------------------------------------------------------------------------------
------------------------------------------------------------------------------------------------
------------------------------------------------------------------------------------------------
------------------------------------------------------------------------------------------------
------------------------------------------------------------------------------------------------
------------------------------------------------------------------------------------------------
------------------------------------------------------------------------------------------------
------------------------------------------------------------------------------------------------
------------------------------------------------------------------------------------------------
------------------------------------------------------------------------------------------------
------------------------------------------------------------------------------------------------
------------------------------------------------------------------------------------------------

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

| | | | | |
|---|---|---|---|---|

# ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Αίτημα:** | Χορήγηση Οικονομικής Ενίσχυσης Τυφλότητας | | | |
| **Υπηρεσία Υποβολής:** | | | | |
| **Αριθμ. Πρωτοκόλλου:** | | | **Ημ/νια αιτήματος:** | |
| **Αρμόδιος Υπάλληλος:** | **Όνομα:** | | **Επώνυμο:** | |
| **Αιτών:** | **Όνομα:** | | **Επώνυμο:** | |

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**
**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

| ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ: | ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ | ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ | ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3) |
|---|---|---|---|
| 1. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86* | | | |
| 2. Επικυρωμένη φωτοτυπία του βιβλιαρίου υγείας | ☐ | ☐ | |
| 3. Συμπληρωμένο το ειδικό έντυπο που χορηγείται από την υπηρεσία, από οφθαλμίατρο Διευθυντή Κλινικής ή Επιμελητή Α' Κρατικού Νοσοκομείου, θεωρημένο για το γνήσιο της υπογραφής του από το Διευθυντή του Νοσοκομείου | ☐ | ☐ | |
| 4. Φωτοτυπίες ταυτοτήτων επικυρωμένες του ίδιου και του υπεύθυνου είσπραξης. | ☐ | ☐ | |
| 5. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Υπεύθυνη Δήλωση του υπεύθυνου είσπραξης (εφόσον επιθυμεί να εισπράττει άλλος το επίδομα) | | | |
| **Δικαιολογητικά για ειδικές περιπτώσεις δικαιούχων** | | | |
| 7. Βεβαίωση του εργοδότη τους ότι εργάζονται και είναι ασφαλισμένοι στον ανάλογο ασφαλιστικό οργανισμό. Οι ΑΥΤΟΤΕΛΩΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ οποιοδήποτε δικαιολογητικό από το οποίο προκύπτει ότι είναι ασφαλισμένοι στον ανάλογο ασφαλιστικό φορέα (για εργαζόμενους τυφλούς) | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Απόκομμα σύνταξης (εάν έχουν συνταξιοδοτηθεί) | ☐ | ☐ | |
| 9. Επικυρωμένο αντίγραφο του πτυχίου τους (για πτυχιούχους Ανωτάτων και Ανώτερων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων της ημεδαπής ή αλλοδαπής) | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Πιστοποιητικό εγγραφής στο δικηγορικό σύλλογο του οικείου Πρωτοδικείου ή υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν. 1599/86 (για δικηγόρους) | | | |
| 11. Βεβαίωση εγγραφής στη σχολή φοίτησης (για φοιτητές μέχρι 25 ετών) | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12. Βεβαίωση από τον ασφαλιστικό τους οργανισμό ότι καλύπτονται απ' αυτόν μόνο για υγειονομική περίθαλψη και οποιαδήποτε άλλο στοιχείο από το οποίο ν' αποδεικνύεται ότι έπαψαν να εργάζονται (άνεργοι τυφλοί άμεσα ασφαλισμένοι που απολύθηκαν από την υπηρεσία τους) | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13. Βεβαίωση του ασφαλιστικού οργανισμού ότι δεν παίρνουν οι ίδιοι απ' αυτόν σύνταξη (για τους έμμεσα ασφαλισμένους) | ☐ | ☐ | ☐ |

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

**ΧΡΟΝΟΣ:** Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν**

**ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:**

**Ο Υπάλληλος**

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

## Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

**Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση επιδόματος από το πρόγραμμα Οικονομικής ενίσχυσης Ατόμων με ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ) με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω»**

| ΠΡΟΣ: | * | ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ |
|---|---|---|---|
| | | *Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία* | |

***Δ/νση Πρόνοιας της οικείας Ν.Α**

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ο – Η Όνομα: | | Επώνυμο: | | | | | |
| Όνομα Πατέρα: | | Επώνυμο Πατέρα: | | | | | |
| Όνομα Μητέρας: | | Επώνυμο Μητέρας: | | | | | |
| Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας: | | Α.Φ.Μ: | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης[1]: | | | Τόπος Γέννησης: | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | | Οδός: | | Αριθ: | | ΤΚ: | |
| Τηλ: | | Fax: | | E – mail: | | | |
| **Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης** | | | | **Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας** | | | |
| | | | | | | | |

**ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)** : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ΟΝΟΜΑ: | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | | | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: | | ΑΔΤ: | | | |
| ΟΔΟΣ: | | ΑΡΙΘ: | | Τ.Κ: | |
| Τηλ: | | Fax: | | E – mail: | |

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
## ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

| ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ: | ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ | ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ | ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3) |
|---|---|---|---|
| **1.** Γνωμάτευση της πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής ή της Δευτεροβάθμιας επιτροπής σε περίπτωση ένστασης, όπου αναγράφεται ποσοστό αναπηρίας67% και άνω* | □ | □ | |
| **2.** Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86** | □ | □ | |
| **3.** Επικυρωμένη φωτοτυπία των ταυτοτήτων του αναπήρου και του υπεύθυνου είσπραξης του επιδόματος | □ | □ | |
| **4.** Εξουσιοδότηση του ανάπήρου σε περίπτωση που δεν λαμβάνεται από το ίδιο το επίδομα, θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής (από την Αστυνομία ή την υπηρεσία). | □ | □ | |
| **5.** Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης | □ | □ | □ |

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**
* Απαιτούνται τα ακόλουθα: α) αίτηση, β) Βεβαίωση Κρατικού Ιατρού ή Ιατρού ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ επιχορηγούμενου από το Κράτος, Ιατρού με ειδικότητα ανάλογη προς την αναπηρία ή την πάθηση του συγκεκριμένου ατόμου. Οι νεφροπαθείς και οι ινσουλινοεξαρτώμενοι διαβητικοί θα προσκομίζουν μόνο τη βεβαίωση του κρατικού Νοσοκομείου στην υπηρεσία μας χωρίς να περάσουν από την πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή.
Οι βεβαιώσεις των γιατρών να είναι θεωρημένες για το γνήσιο της υπογραφής από το Διοικητικό Δ/ντή ή το νόμιμο αναπληρωτή.
** Στο κείμενο της υπεύθυνης δήλωσης θα δηλώνονται τα ακόλουθα: **α)** Η μόνιμη κατοικία του αναπήρου, **β)** Ότι δεν είναι ασφαλισμένος στον Ο.Γ.Α., Τ.Ε.Β.Ε, Ι.Κ.Α, λοιπά ταμεία και δεν καλύπτει τις προϋποθέσεις για συνταξιοδότηση, **γ)** Ότι η οικονομική ενίσχυση θα χρησιμοποιηθεί για τη ανάγκη του ανάπηρου, **δ)** Ότι αναλαμβάνει την υποχρέωση να ενημερώσει αμέσως την υπηρεσία μας για κάθε μεταβολή των στοιχείων που δηλώνονται, όπως τυχόν εισαγωγή του αναπήρου σε ίδρυμα ή νοσοκομείο, λήψη σύνταξης από οποιοδήποτε φορέα του εσωτερικού ή του εξωτερικού, ασφάλισης του με οποιαδήποτε τρόπο σε κάποιο ταμείο, θανάτου κ.λ.π, **ε)** Ότι το ανάπηρο άτομο και η οικογένειά του δεν εισπράττει άμεσα ή έμμεσα σύνταξη ή άλλη οικονομική ενίσχυση από οποιαδήποτε πηγή της ημεδαπής ή της αλλοδαπής, για την ίδια ή άλλη αναπηρία ή πάθηση. Σε περίπτωση που εισπράττει για την ίδια ή άλλη αναπηρία ή πάθηση με οποιαδήποτε μορφή κάποιο οικονομικό βοήθημα (είτε σαν επίδομα είτε σαν προσαύξηση μισθού ή σύνταξης), τότε δηλώνεται το ποσό αυτό με κάθε λεπτομέρεια.

**Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:**

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:............................................................................................................
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..................................................................................
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..............................................................................

## ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ:
Στο πρόγραμμα αυτό εντάσσονται άτομα με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, σύμφωνα με Απόφαση Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής, που δεν επιδοτούνται από κάποιο άλλο ειδικό πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης για άτομα με αναπηρίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (βαριά νοητική καθυστέρηση, μεσογειακή αναιμία κλπ).

## ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ:
1. Έμμεσα ασφαλισμένες σύζυγοι που δε λαμβάνουν οικονομική ενίσχυση για την αναπηρία τουα από οποιαδήποτε πηγή.
2. Έμμεσα ασφαλισμένα τέκνα (προστατευόμενα μέλη) που δεν παίρνουν οικονομική ενίσχυση για την αναπηρία τους μεγαλύτερη του ποσού του επιδόματος Βαριάς Αναπηρίας.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

3. Τέκνα που λαμβάνουν σύνταξη λόγω θανάτου ή εκ' μεταβιβάσεως ή προσαύξηση σύνταξης λόγω της αναπηρίας τους με ποσό μικρότερο ή ίσο του ισχύοντος επιδόματος από το πρόγραμμα Βαριάς Αναπηρίας.
4. Ανασφάλιστοι.
5. Ανασφάλιστοι υπερήλικες του ΟΓΑ.
6. Άμεσα ασφαλισμένοι που δεν έχουν τις ασφαλιστικές προϋποθέσεις για συνταξιοδότηση από το ταμείο τους (Ως έλλειψη ασφαλιστικών προϋποθέσεων για συνταξιοδότηση δε θεωρείται η οφειλή εισφορών του ασφαλισμένου προς το Ταμείο του).
7. Όσοι δεν περιθάλπονται με δαπάνες του Δημοσίου ως εσωτερικού ασθενείς ή τρόφιμοι σε Δημόσια, Νοσηλευτικά ή Προνοιακά Ιδρύματα, αντίστοιχα, για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του τριμήνου.

**ΧΡΟΝΟΣ :** Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ:** Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

**(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.**
**(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)**

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

# ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Αίτημα:** | **Χορήγηση επιδόματος από το πρόγραμμα Οικονομικής ενίσχυσης Ατόμων με ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ) με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω** | | |
| **Υπηρεσία Υποβολής:** | | | |
| **Αριθμ. Πρωτοκόλλου:** | | **Ημ/νια αιτήματος:** | |
| **Αρμόδιος Υπάλληλος:** | **Όνομα:** | **Επώνυμο:** | |
| **Αιτών:** | **Όνομα:** | **Επώνυμο:** | |

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
## ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

| ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ: | ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ | ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ | ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3) |
|---|---|---|---|
| 1. Γνωμάτευση της πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής ή της Δευτεροβάθμιας επιτροπής σε περίπτωση ένστασης, όπου αναγράφεται ποσοστό αναπηρίας67% και άνω* | □ | □ | |
| 2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86** | □ | □ | |
| 3. Επικυρωμένη φωτοτυπία των ταυτοτήτων του αναπήρου και του υπεύθυνου είσπραξης του επιδόματος | □ | □ | |
| 4. Εξουσιοδότηση του ανάπηρου σε περίπτωση που δεν λαμβάνεται από το ίδιο το επίδομα, θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής (από την Αστυνομία ή την υπηρεσία). | □ | □ | |
| 5. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης | □ | □ | □ |

**ΧΡΟΝΟΣ:** Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ:** Μηδέν

**ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:**

**Ο Υπάλληλος**

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

○

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

# Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

**Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Οικονομικής ενίσχυσης σε κωφούς»**

| ΠΡΟΣ: | * | ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ |
|---|---|---|---|
| | | *Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία* | |

***Δ/νση Πρόνοιας της οικείας Ν.Α**

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ο – Η Όνομα: | | Επώνυμο: | | | | | |
| Όνομα Πατέρα: | | Επώνυμο Πατέρα: | | | | | |
| Όνομα Μητέρας: | | Επώνυμο Μητέρας: | | | | | |
| Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας: | | Α.Φ.Μ: | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης[1]: | | | Τόπος Γέννησης: | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | | Οδός: | | Αριθ: | | ΤΚ: | |
| Τηλ: | | Fax: | | E – mail: | | | |
| **Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης** | | | | **Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας** | | | |
| | | | | | | | |

**ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)** : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ΟΝΟΜΑ: | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | | | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: | | ΑΔΤ: | | | |
| ΟΔΟΣ: | | ΑΡΙΘ: | | Τ.Κ: | |
| Τηλ: | | Fax: | | E – mail: | |

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

11

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
## ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

| ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ: | ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ | ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ | ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3) |
|---|---|---|---|
| **1.** Γνωμάτευση ωτορινολαρυγγολόγου Διευθυντή Κλινικής ή Επιμελητή Α' Κρατικού Νοσοκομείου* | □ | □ | |
| **2.** Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 του ίδιου του επιδοτούμενου ή του υπεύθυνου είσπραξης (με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής για τον τελευταίο)** | □ | □ | |
| **3.** Επικυρωμένη φωτοτυπία ταυτότητας του επιδοτούμενου ή του υπεύθυνου είσπραξης | □ | □ | |
| **4.** Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης | □ | □ | □ |
| **5.** Βεβαίωση εγγραφής για άτομα από 18 – 25 ετών που φοιτούν σε σχολεία, κατώτερες, μέσες ή ανώτερες τεχνικές ή επαγγελματικές σχολές ή σχολές του ΟΑΕΔ ή σε μονάδες επαγγελματικής κατάρτισης ή σε ανώτερα και ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα. | □ | □ | □ |
| **Για επιδοτούμενους ηλικίας 19 έως 65 ετών απαιτείται επιπλέον:** | | | |
| **6.** Γνωμάτευση της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής ή από τη Δευτεροβάθμια σε περίπτωση ένστασης, του τόπου κατοικίας του ενδιαφερόμενου, στην οποία θα βεβαιώνεται ότι το πρόσωπο που εξετάστηκε από αυτή είναι ανίκανο για κάθε βιοποριστική εργασία λόγω ταυτόχρονης με την κωφαλαλία χρόνιας σωματικής ή πνευματικής ή ψυχικής πάθησης ή βλάβης. | □ | □ | |

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**

*Θα βεβαιώνεται ότι το άτομο που εξετάστηκε είναι κωφάλαλο και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής από το Διοικητικό Διευθυντή του Νοσοκομείου.

** θα δηλώνονται τα ακόλουθα: **α)** η νόμιμη κατοικία, **β)** ότι ο κωφάλαλος δεν παίρνει άλλη οικονομική ενίσχυση από οποιαδήποτε άλλη πηγή της ημεδαπής ή αλλοδαπής και αν ναι να ορίσει το είδος της αναπηρίας και να προσκομίσει το απόκομμα οικονομικής ενίσχυσης, **γ)** ότι θα ειδοποιήσει αμέσως την υπηρεσία σε περίπτωση μετάβασής του στο εξωτερικό, αλλαγή τόπου κατοικίας κλπ, **δ)** ότι η οικονομική ενίσχυση θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για τις ανάγκες του κωφάλαλου και ότι ο αντιπρόσωπος θα ειδοποιήσει αμέσως την υπηρεσία σε περίπτωση θανάτου του επιδοτούμενου, **ε)** οι γονείς ή οι κηδεμόνες κωφών παιδιών μέχρι 18 χρονών θα δηλώνουν αν τα παιδιά τους φοιτούν ή όχι σε σχολεία.

**Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:**

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:.........................................................................................................
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.......................................................................................
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:.................................................................................

**ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ:**

1. Δικαιούχοι είναι άτομα κωφά και δεν έχουν αναπτύξει λόγο εξαιτίας της κωφότητας.
2. Τα άτομα ηλικίας 19 – 25 ετών που φοιτούν σε σχολείο, κατώτερες, μέσες ή ανώτερες τεχνικές ή επαγγελματικές σχολές ή σε σχολές του ΟΑΕΔ ή σε μονάδες επαγγελματικής κατάρτισης που λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 963/79 (ΦΕΚ 202/Α/1979).
3. Οι κωφάλαλοι ηλικίας μέχρι και 18 ετών και οι μεγαλύτεροι των 65 ετών ανεξάρτητα αν έχουν ή όχι ταυτόχρονα με την κωφαλαλία και άλλη χρόνια σωματική, πνευματική ή ψυχική πάθηση ή βλάβη.
4. Οι κωφάλαλοι 19 – 65 ετών που κρίνονται ανίκανοι για κάθε βιοποριστική εργασία από τις πρωτοβάθμιες Υγειονομικές Επιτροπές του Υπαλληλικού Κώδικα, λόγω ταυτόχρονης με την κωφαλαλία και άλλης χρόνιας σωματικής, πνευματικής ή ψυχικής πάθησης ή βλάβης.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

**5.** Οι κωφάλαλοι των κατηγοριών 2 και 3 που ανήκουν συγχρόνως στις παρακάτω ειδικότερες κατηγορίες:

**α)** οι επαναπατριζόμενοι, ομογενείς κωφάλαλοι, άσχετα αν έχουν στερηθεί ή όχι την ελληνική ιθαγένεια.

**β)** οι κωφάλαλοι υπήκοοι των κρατών που περιλαμβάνονται στην κυρωμένη με το ΝΔ 4017/79 Ευρωπαϊκή Σύμβαση και κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα.

**γ)** οι κωφάλαλοι που έχουν κριθεί ανίκανοι για την προστασία των παιδιών τους κατά τις διατάξεις του Ν. 4051/60 και του ΒΔ 669/61.

**δ)** οι κωφάλαλοι που δικαιούνται το επίδομα που προβλέπει το ΝΔ 1153/72 «περί προστασίας πολυμελών οικογενειών δια της παροχής οικογενειακών επιδομάτων.

**ε)** οι Κύπριοι υπήκοοι ελληνικής καταγωγής, εφόσον κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα.

**ΧΡΟΝΟΣ:** Έως ημέρες από την υπογραφή της αναγνωριστικής απόφασης. Οι προθεσμίες ξεκινούν από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ:** Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

-----------------------------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------------------------------------

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

# ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Αίτημα:** | **Χορήγηση Οικονομικής ενίσχυσης σε κωφούς** | | | |
| **Υπηρεσία Υποβολής:** | | | | |
| **Αριθμ. Πρωτοκόλλου:** | | | **Ημ/νια αιτήματος:** | |
| **Αρμόδιος Υπάλληλος:** | **Όνομα:** | | **Επώνυμο:** | |
| **Αιτών:** | **Όνομα:** | | **Επώνυμο:** | |

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**
**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

| ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ: | ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ | ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ | ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3) |
|---|---|---|---|
| **1.** Γνωμάτευση ωτορινολαρυγγολόγου Διευθυντή Κλινικής ή Επιμελητή Α' Κρατικού Νοσοκομείου* | □ | □ | |
| **2.** Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 του ίδιου του επιδοτούμενου ή του υπεύθυνου είσπραξης (με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής για τον τελευταίο)** | □ | □ | |
| **3.** Επικυρωμένη φωτοτυπία ταυτότητας του επιδοτούμενου ή του υπεύθυνου είσπραξης | □ | □ | |
| **4.** Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης | □ | □ | □ |
| **5.** Βεβαίωση εγγραφής για άτομα από 18 – 25 ετών που φοιτούν σε σχολεία, κατώτερες, μέσες ή ανώτερες τεχνικές ή επαγγελματικές σχολές ή σχολές του ΟΑΕΔ ή σε μονάδες επαγγελματικής κατάρτισης ή σε ανώτερα και ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα. | □ | □ | □ |
| **Για επιδοτούμενους ηλικίας 19 έως 65 ετών απαιτείται επιπλέον:** | | | |
| **6.** Γνωμάτευση της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής ή από τη Δευτεροβάθμια σε περίπτωση ένστασης, του τόπου κατοικίας του ενδιαφερόμενου, στην οποία θα βεβαιώνεται ότι το πρόσωπο που εξετάστηκε από αυτή είναι ανίκανο για κάθε βιοποριστική εργασία λόγω ταυτόχρονης με την κωφαλαλία χρόνιας σωματικής ή πνευματικής ή ψυχικής πάθησης ή βλάβης. | □ | □ | |

**ΧΡΟΝΟΣ:** Έως ημέρες από την υπογραφή της αναγνωριστικής απόφασης. Οι προθεσμίες ξεκινούν από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ:** Μηδέν

**ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:**

**Ο Υπάλληλος**

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

# Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

**Περιγραφή αιτήματος : «Οικονομική ενίσχυση σε πάσχοντες από συγγενή αιμολυτική αναιμία ή αιμορραγική διάθεση ή AIDS»**

| ΠΡΟΣ: | * | ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ |
|---|---|---|---|
| | | *Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία* | |

***Δ/νση Πρόνοιας της οικείας Ν.Α**

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Ο – Η Όνομα: | | Επώνυμο: | | | |
| Όνομα Πατέρα: | | Επώνυμο Πατέρα: | | | |
| Όνομα Μητέρας: | | Επώνυμο Μητέρας: | | | |
| Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας: | | Α.Φ.Μ: | | | |
| Ημερομηνία γέννησης(1): | | | Τόπος Γέννησης: | | |
| Τόπος Κατοικίας: | | Οδός: | | Αριθ: | ΤΚ: |
| Τηλ: | | Fax: | | E – mail: | |
| **Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης** | | | **Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας** | | |
| | | | | | |

**ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)** : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ΟΝΟΜΑ: | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | | | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: | | ΑΔΤ: | | | |
| ΟΔΟΣ: | | ΑΡΙΘ: | | Τ.Κ: | |
| Τηλ: | | Fax: | | E – mail: | |

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
## ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

| ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ: | ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ | ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ | ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3) |
|---|---|---|---|
| 1. Υπεύθυνη Δήλωση Ν.1599/86* | □ | □ | |
| 2. Επικυρωμένο Αντίγραφο δύο όψεων αστυνομικής ταυτότητας του ιδίου ή νόμιμου εκπροσώπου, αν υπάρχει | □ | □ | |
| 3. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης. | □ | □ | □ |
| 4. **Α)** Βεβαίωση από το Κέντρο ή το Σταθμό Αιμοδοσίας που τους παρακολουθεί ότι πάσχουν από συγγενή αιμολυτική αναιμία (Μεσογειακή, Δρεπανοκυτταρική, Μικροδρεπανοκυτταρική κλπ) και έχουν ανάγκη συχνών (τουλάχιστον 2 φορές το χρόνο) μεταγγίσεων αίματος ή παραγώγων αίματος **ή Β)** Βεβαίωση από Κέντρο Αιμορροφιλικών ότι πάσχουν από συγγενή αιμορραγική διάθεση (αιμορροφιλία κλπ) και παρουσιάζουν συχνές (τουλάχιστον 2 φορές το χρόνο) αιμολυτικές κρίσεις **ή Γ)** Βεβαίωση από Κέντρα ή Νοσοκομεία που τους παρακολουθούν ότι πάσχουν από AIDS. **Όλες οι ανωτέρω βεβαιώσεις θεωρούνται από τον αρμόδιο Διοικητικό Διευθυντή του Νοσοκομείου ή του Νοσηλευτικού Σχηματισμού.** | □ | □ | □ |

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**
* Δηλώνονται τα εξής: «**α)** η οικονομική ενίσχυση θα χρησιμοποιείται αποκλειστικά για τις ανάγκες του δικαιούχου, **β)** αν παίρνει ή όχι οικονομική ενίσχυση για την ίδια αιτία από άλλο φορέα, **γ)** το άτομο που θα εισπράττει το επίδομα, **δ)** ότι θα ενημερώνει την υπηρεσία για οποιαδήποτε αλλαγή των δηλωθέντων στοιχείων, όπως γνωστοποίηση θανάτου, λήψη οικονομικής ενίσχυση από άλλο φορέα, αλλαγή τόπου κατοικίας, εισαγωγή σε ίδρυμα κλπ.

**Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:**

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:........................................................................................................
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο........................................................................
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:........................................................................

**ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ:**

**Α)** Τα άτομα που πάσχουν από συγγενή αιμολυτική αναιμία (μεσογειακή, δρεπανοκυτταρική, μικροδρεπανοκκυταρική κ.λπ.) και έχουν ανάγκη συχνών μεταγγίσεων αίματος ή παραγώγων αίματος ή συγγενή αιμορραγική διάθεση (αιμορροφιλία κ.λπ.) και παρουσιάζουν συχνές αιμολυτικές κρίσεις ή πάσχουν από AIDS.

**Β)** οι Κύπριοι υπήκοοι που έχουν ελληνική καταγωγή, εφόσον μένουν μόνιμα στην Ελλάδα.

**Γ)** Τα άτομα να μην παίρνουν λόγω της παθήσεώς τους άλλου είδους οικονομική ενίσχυση από το Δημόσιο ή από άλλη οποιαδήποτε πηγή της ημεδαπής ή της αλλοδαπής. Στην περίπτωση που εισπράττουν για την αιτία αυτή οικονομική ενίσχυση τότε επιλέγουν μια εκ' των δύο.

**Δ)** Οι επαναπατριζόμενοι ομογενείς, άσχετα αν έχουν στερηθεί ή όχι της ελληνικής ιθαγένειας.

**Ε)** Οι υπήκοοι των Κρατών που περιλαμβάνονται στην κυρωμένη με το Ν.Δ. 4017/59 (ΦΕΚ 245/Α/1959) Ευρωπαϊκή Σύμβαση, εφόσον κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα.

**ΧΡΟΝΟΣ :** Έως ημέρες από την υπογραφή της αναγνωριστικής απόφασης. Οι προθεσμίες Ξεκινούν από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

**ΚΟΣΤΟΣ:** Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

--------------------------------------------------------------------------------------------------------
--------------------------------------------------------------------------------------------------------
--------------------------------------------------------------------------------------------------------
--------------------------------------------------------------------------------------------------------
--------------------------------------------------------------------------------------------------------
--------------------------------------------------------------------------------------------------------
--------------------------------------------------------------------------------------------------------
--------------------------------------------------------------------------------------------------------
--------------------------------------------------------------------------------------------------------
--------------------------------------------------------------------------------------------------------
--------------------------------------------------------------------------------------------------------
--------------------------------------------------------------------------------------------------------
--------------------------------------------------------------------------------------------------------

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

# ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Αίτημα:** | | | |
| **Υπηρεσία Υποβολής:** | | | |
| **Αριθμ. Πρωτοκόλλου:** | | **Ημ/νια αιτήματος:** | |
| **Αρμόδιος Υπάλληλος:** | **Όνομα:** | **Επώνυμο:** | |
| **Αιτών:** | **Όνομα:** | **Επώνυμο:** | |

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
## ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

| ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ: | ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ | ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ | ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3] |
|---|---|---|---|
| **1.** Υπεύθυνη Δήλωση Ν.1599/86* | □ | □ | |
| **2.** Επικυρωμένο Αντίγραφο δύο όψεων αστυνομικής ταυτότητας του ιδίου ή νόμιμου εκπροσώπου, αν υπάρχει | □ | □ | |
| **3.** Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης. | □ | □ | □ |
| **4. Α)** Βεβαίωση από το Κέντρο ή το Σταθμό Αιμοδοσίας που τους παρακολουθεί ότι πάσχουν από συγγενή αιμολυτική αναιμία (Μεσογειακή, Δρεπανοκυτταρική, Μικροδρεπανοκυτταρική κλπ) και έχουν ανάγκη συχνών (τουλάχιστον 2 φορές το χρόνο) μεταγγίσεων αίματος ή παραγώγων αίματος **ή Β)** Βεβαίωση από Κέντρο Αιμορροφιλικών ότι πάσχουν από συγγενή αιμορραγική διάθεση (αιμορροφιλία κλπ) και παρουσιάζουν συχνές (τουλάχιστον 2 φορές το χρόνο) αιμολυτικές κρίσεις **ή Γ)** Βεβαίωση από Κέντρα ή Νοσοκομεία που τους παρακολουθούν ότι πάσχουν από AIDS. **Όλες οι ανωτέρω βεβαιώσεις θεωρούνται από τον αρμόδιο Διοικητικό Διευθυντή του Νοσοκομείου ή του Νοσηλευτικού Σχηματισμού.** | □ | □ | □ |

**ΧΡΟΝΟΣ:** Έως ημέρες από την υπογραφή της αναγνωριστικής απόφασης. Οι προθεσμίες ξεκινούν από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ:** Μηδέν

**ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:**

**Ο Υπάλληλος**

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

# ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ

## ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΟΥ 34 * ΑΘΗΝΑ 104 32 * TELEX 223211 YPET GR * FAX 210 52 21 004
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: http: www.et.gr – e-mail: webmaster @ et.gr

**Πληροφορίες Α.Ε. - Ε.Π.Ε. και λοιπών Φ.Ε.Κ.: 210 527 9000-4**
**Φωτοαντίγραφα παλαιών ΦΕΚ - ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ - ΜΑΡΝΗ 8 - Τηλ. (210)8220885 - 8222924**
**Δωρεάν διάθεση τεύχους Προκηρύξεων ΑΣΕΠ αποκλειστικά από Μάρνη 8**

## ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΩΛΗΣΗΣ Φ.Ε.Κ.

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ** - Βασ. Όλγας 227 **(2310) 423 956**
**ΠΕΙΡΑΙΑΣ** - Ευριπίδου 63 **(210) 413 5228**
**ΠΑΤΡΑ** - Κορίνθου 327 **(2610) 638 109**
**(2610) 638 110**
**ΙΩΑΝΝΙΝΑ** - Διοικητήριο **(26510) 87215**
**ΚΟΜΟΤΗΝΗ** - Δημοκρατίας 1 **(25310) 22 858**
**ΛΑΡΙΣΑ** - Διοικητήριο **(2410) 597449**
**ΚΕΡΚΥΡΑ** - Σαμαρά 13 **(26610) 89 157**
**(26610) 89 105**
**ΗΡΑΚΛΕΙΟ** - Πλ. Ελευθερίας 1 **(2810) 396 409**
**ΛΕΣΒΟΣ** - Αγ. Ειρήνης 10 **(22510) 37 181**
**(22510) 37 187**

## ΤΙΜΗ ΠΩΛΗΣΗΣ ΦΥΛΛΩΝ ΕΦΗΜΕΡΙΔΟΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

**Σε έντυπη μορφή:**
- Για τα ΦΕΚ από 1 μέχρι 40 σελίδες 1 euro.
- Για τα ΦΕΚ από 40 σελίδες και πάνω η τιμή προσαυξάνεται κατά 0,05 euro για κάθε επιπλέον σελίδα.

**Σε μορφή CD:**

| Τεύχος | Περίοδος | EURO |
|---|---|---|
| Α.Ε. & Ε.Π.Ε. | Μηνιαίο | 60 |
| Α΄ και Β΄ | 3μηνιαίο | 75 |
| Α΄, Β΄ και Δ΄ | 3μηνιαίο | 90 |
| Α΄ | Ετήσιο | 180 |
| Β΄ | Ετήσιο | 210 |
| Γ | Ετήσιο | 60 |
| Δ΄ | Ετήσιο | 150 |
| Παράρτημα | Ετήσιο | 75 |

| Τεύχος | Περίοδος | EURO |
|---|---|---|
| Αναπτυξιακών Πράξεων και Συμβάσεων (Τ.Α.Π.Σ.) | Ετήσιο | 75 |
| Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) | Ετήσιο | 75 |
| Δελτίο Εμπορικής και Βιομηχανικής Ιδιοκτησίας (Δ.Ε.Β.Ι.) | Ετήσιο | 75 |
| Ανωτάτου Ειδικού Δικαστηρίου | Ετήσιο | 75 |
| Διακηρύξεων Δημοσίων Συμβάσεων | Ετήσιο | 75 |

Η τιμή πώλησης του Τεύχους Α.Ε. & Ε.Π.Ε. σε μορφή CD - rom για δημοσιεύματα μετά το 1994 καθορίζεται σε 30 euro ανά τεμάχιο, ύστερα από σχετική παραγγελία.
Η τιμή διάθεσης φωτοαντιγράφων ΦΕΚ 0,15 euro ανά σελίδα

## ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ Φ.Ε.Κ.

| Τεύχος | Σε έντυπη μορφή: Κ.Α.Ε. Προϋπολογισμού 2531 euro | Σε έντυπη μορφή: Κ.Α.Ε. ΤΑΠΕΤ 3512 euro | Από το Internet: Κ.Α.Ε. Προϋπολογισμού 2531 euro | Από το Internet: Κ.Α.Ε. ΤΑΠΕΤ 3512 euro |
|---|---|---|---|---|
| Α΄ (Νόμοι, Π.Δ., Συμβάσεις κτλ.) | 205 | 10,25 | 176 | 8,80 |
| Β΄ (Υπουργικές αποφάσεις κτλ.) | 293 | 14,65 | 205 | 10,25 |
| Γ΄ (Διορισμοί, απολύσεις κτλ. Δημ. Υπαλλήλων) | 59 | 2,95 | ΔΩΡΕΑΝ | - - |
| Δ΄ (Απαλλοτριώσεις, πολεοδομία κτλ.) | 293 | 14,65 | 147 | 7,35 |
| Αναπτυξιακών Πράξεων και Συμβάσεων (Τ.Α.Π.Σ.) | 147 | 7,35 | 88 | 4,40 |
| Ν.Π.Δ.Δ. (Διορισμοί κτλ. προσωπικού Ν.Π.Δ.Δ.) | 59 | 2,95 | ΔΩΡΕΑΝ | - - |
| Παράρτημα (Προκηρύξεις θέσεων ΔΕΠ κτλ.) | 30 | 1,50 | ΔΩΡΕΑΝ | - - |
| Δελτίο Εμπορικής και Βιομ/κής Ιδιοκτησίας (Δ.Ε.Β.Ι.) | 59 | 2,95 | 30 | 1,50 |
| Ανωτάτου Ειδικού Δικαστηρίου (Α.Ε.Δ.) | ΔΩΡΕΑΝ | - | ΔΩΡΕΑΝ | - - |
| Προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π. | ΔΩΡΕΑΝ | - | ΔΩΡΕΑΝ | - - |
| Ανωνύμων Εταιρειών & Ε.Π.Ε. | 2.054 | 102,70 | 587 | 29,35 |
| Διακηρύξεων Δημοσίων Συμβάσεων (Δ.Δ.Σ.) | 205 | 10,25 | 88 | 4,40 |
| Α΄, Β΄ και Δ΄ | | | 352 | 17,60 |

Το κόστος για την ετήσια συνδρομή σε ηλεκτρονική μορφή για τα προηγούμενα έτη προσαυξάνεται πέραν του ποσού της ετήσιας συνδρομής του έτους 2003 κατά 6 euro ανά έτος παλαιότητας και κατά τεύχος

* Οι συνδρομές του εσωτερικού προπληρώνονται στις ΔΟΥ που δίνουν αποδεικτικό είσπραξης (διπλότυπο) το οποίο με τη φροντίδα του ενδιαφερομένου πρέπει να στέλνεται στην Υπηρεσία του Εθνικού Τυπογραφείου.
* Η πληρωμή του υπέρ ΤΑΠΕΤ ποσοστού που αντιστοιχεί σε συνδρομές, εισπράττεται και από τις ΔΟΥ.
* Οι συνδρομητές του εξωτερικού έχουν τη δυνατότητα λήψης των δημοσιευμάτων μέσω internet, με την καταβολή των αντίστοιχων ποσών συνδρομής και ΤΑΠΕΤ.
* Οι Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις, οι Δήμοι, οι Κοινότητες ως και οι επιχειρήσεις αυτών πληρώνουν το μισό χρηματικό ποσό της συνδρομής και ολόκληρο το ποσό υπέρ του ΤΑΠΕΤ.
* Η συνδρομή ισχύει για ένα χρόνο, που αρχίζει την 1η Ιανουαρίου και λήγει την 31η Δεκεμβρίου του ίδιου χρόνου. Δεν εγγράφονται συνδρομητές για μικρότερο χρονικό διάστημα.
* Η εγγραφή ή ανανέωση της συνδρομής πραγματοποιείται το αργότερο μέχρι την 31ην Δεκεμβρίου κάθε έτους.
* Αντίγραφα διπλοτύπων, ταχυδρομικές επιταγές και χρηματικά γράμματια δεν γίνονται δεκτά.

**Οι υπηρεσίες εξυπηρέτησης των πολιτών λειτουργούν καθημερινά από 08.00΄ έως 13.00΄**

**ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ**